

En provenance de :

~~M. Le Directeur de la CPAM de Paris~~
~~CS 70 001~~
~~75948 PARIS Cedex 19~~

SGR 2 V21 MSR 2A 12-1090117 10-14

Présenté / Avisé le : / /

Distribué le : / /

Je soussigné déclare être

☐ Le destinataire

☐ Le mandataire

☐ CNI/Permis de conduire

☐ Autre :

C.P.A.M. DE PARIS

03 AVR. 2015

Département des Flux Papier

* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.



LA POSTE

Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :

AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 109 944 4950 1



Renvoyer à

FRAB

D. PETITJEAN

159 av. d'Italie

75013 PARIS

En provenance de :

~~CPAM de PARIS~~
~~Service SNIR~~
~~CS 70 000 1~~

SGR 2 V21 MSR 2A 12-1090117 10-14

Présenté / Avisé le : / /

Distribué le : / /

Je soussigné déclare être

☐ Le destinataire

☐ Le mandataire

☐ CNI/Permis de conduire

☐ Autre :

ASSURANCE MALADIE DE PARIS

Signature

(Préciser Nom, Prénom, si mandataire)

si mandataire

02 AVR. 2015

DÉPARTEMENT DES FLUX PAPIER

* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.



LA POSTE

Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :

AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 109 944 4951 8



Renvoyer à

FRAB

D. PETITJEAN

159 av. d'Italie

75013 PARIS

**Direction de la Régulation
et des Relations avec les Professions
de Santé**

Docteur PETITJEAN Latifa

159, avenue d'Italie - Bat A

Service Gestion Vie Conventiennelle

75013 PARIS

 snir-clientele@cpam-paris.cnamts.fr

 0811.709.075

Paris, le 15 avril 2015

Objet : Accusé Réception Réclamation

Docteur,

Votre correspondance du 1^{er} avril 2015 concernant le relevé d'honoraires pour l'exercice 2014 a retenu toute mon attention.

Je fais procéder à la vérification des éléments en ma possession.

Dès que possible, je vous tiendrai informé du suivi de votre demande.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

P/La Responsable du Service
Gestion Vie Conventiennelle



Pascale BEAL



Assurance Maladie de Paris
75948 PARIS CEDEX 19



Assurés
36 46*

Professionnels de santé
0 811 709 075*

Employeurs
0 811 712 726*

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe



En provenance de :

~~M. le Directeur de la
CPAM de Paris~~

~~75948 PARIS Cedex 19~~

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Je soussigné déclare être

☐ Le destinataire

☐ Le mandataire

☐ CNI/Permis de conduire

☐ Autre :

ASSURANCE MALADIE DE PARIS

28 SEP. 2015

(Précisez Nom et Prénom)

(si mandataire)

Signature Facteur

* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.

SGR 2 V21 MSR 2A 12-1090121 07-15



LA POSTE

Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :

AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 120 680 0390 9



Renvoyer à

FRAB

D. PETITJEAN

159 av. d'Italie

75013 PARIS

9

En provenance de :

~~CPAM de Paris~~

~~Service SNIS~~

~~75948 PARIS Cedex 19~~

Présenté / Avisé le :

Distribué le :

Je soussigné déclare être

☐ Le destinataire

☐ Le mandataire

☐ CNI/Permis de conduire

☐ Autre :

ASSURANCE MALADIE DE PARIS

25 SEP. 2015

(Précisez Nom et Prénom)

(si mandataire)

Signature Facteur

* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.

SGR 2 V21 MSR 2A 12-1090121 07-15



LA POSTE

Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :

AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 120 680 0391 6



Renvoyer à

FRAB

D. PETITJEAN

159 av. d'Italie

75013 PARIS